

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

(à faire remplir par un médecin agréé par l'ARS)

Dans le cadre réglementaire pour l'entrée dans une formation paramédicale et de la conformité des obligations vaccinales décrite par :

- l'article L3111- 4 (Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 62, art. 63 Journal Officiel du 20 décembre 2005) concernant l'obligation d'une vaccination contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite.
- l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique (Art. 2. Les élèves ou étudiants mentionnés à l'article 1^{er} de l'arrêté du 6 mars 2007 susvisé sont soumis aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique.

(A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages.)

- la loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire.
- le décret n° 2022-51 du 22 janvier 2022 modifiant le décret 2021-699 du 1er juin 2021 sur les schémas vaccinaux.

Je soussigné(e) Dr *NOM* *Prénom*.....

Médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé, exerçant dans le département.....

Téléphone

☐ **CERTIFIE** que :
 ☐ Madame
☐ Monsieur

NOM - Prénom né(e) le ,
 candidat(e) à l'inscription à l'Institut de Formation en **Masso-Kinésithérapie** de l'IFMK La Musse, a été
 vacciné(e) et satisfait aux obligations légales concernant les vaccinations obligatoires :

HEPATITE B (obligatoire pour la formation et l'exercice du métier de masseur-kinésithérapeute**)

Ne pas faire de schéma rapide pour les primo-vaccinations

Le calendrier vaccinal en vigueur comporte au minimum 3 injections faites à T0, T+1 mois et T+6 mois.

1^{ère} injection : le..... Produit utilisé : ®

2^{ème} injection : le..... Produit utilisé : ®

3^{ème} injection : le..... Produit utilisé : ®

4^{ème} injection : le..... Produit utilisé : ®

5^{ème} injection : le..... Produit utilisé : ®

6^{ème} injection : le..... Produit utilisé : ®

Dosage sérologique (obligatoire et à pratiquer 6 semaines au minimum après le dernier rappel)

Ac anti HBs : le..... Dosage :

Si le dosage des ac anti HBs est inférieur à 100 mui/ml à doser obligatoirement :

Ac anti HBc : le..... Dosage :

Si votre dosage sérologique des ac anti HBs est négatif après un minimum de 3 injections, pratiquer un seul rappel puis doser à nouveau les ac anti HBs 6 semaines après.

En cas de contre-indication temporaire ou définitive à l'une des vaccinations indiquées ci-dessous, il appartient au médecin de l'Agence Régionale de Santé désigné par le directeur général, d'apprécier la suite à donner à l'admission du candidat.

DTP (Obligatoire)

Dernier rappel : le..... Produit utilisé : ®

Dernier rappel Coqueluche : le..... Produit utilisé : ®

Le certificat de vaccination doit être rempli sur une seule et même feuille recto et verso.

(Veuillez tourner la page, svp)

Le certificat de vaccination doit être rempli sur une seule et même feuille recto et verso.

BCG (recommandé)

1^{ère} injection : le..... Produit utilisé : ®
2^{ème} injection : le..... Produit utilisé : ®
Dernière Intradermoréaction réalisée : le..... Réaction : Taille :

Méningite C (recommandé)

1^{ère} injection : le..... Produit utilisé : ®

ROR (recommandé)

1^{ère} injection : le..... Produit utilisé : ®
2^{ème} injection de rattrapage : le..... Produit utilisé : ®

Pour les personnes n'ayant pas bénéficié de la vaccination ou d'une seule injection ROR :

Rougeole contractée : Date : le.....
ou sérologie : Date : le.....
Oreillons contractée : Date : le.....
ou sérologie : Date : le.....
Rubéole contractée : Date : le.....
ou sérologie : Date : le.....

Varicelle

contractée : Date : le.....
ou sérologie : Date : le.....

☐ **ATTESTE** que le candidat est physiquement apte à suivre l'enseignement et à exercer la profession de masseur-kinésithérapeute et que l'examen effectué, orienté notamment vers le dépistage des troubles psychopathologiques, n'a mis en évidence aucune manifestation morbide, incompatible avec l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.

CACHET DU MEDECIN

Date et SIGNATURE

****Extrait de L'INSTRUCTION N° DGS/RI1/RI2/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique :**

« 2-3 Rappel sur l'obligation vaccinale des élèves et étudiants de certaines filières de formation des professions de santé

L'administration est souvent interrogée sur les possibilités de déroger à **l'obligation vaccinale contre l'hépatite B pour les élèves ou étudiants souhaitant s'engager dans des formations médicales, pharmaceutiques et paramédicales. Il convient de rappeler que cela n'est pas possible.** En effet, cette obligation vaccinale se justifie à la fois pour protéger les soignants ou futurs soignants, en raison des contacts possibles avec des sujets susceptibles d'être porteurs du virus, en particulier dans les établissements de santé, et pour protéger les patients d'une contamination soignant - soigné.

Par ailleurs, une contre-indication à la vaccination contre l'hépatite B correspond de fait à une inaptitude à une orientation vers les professions médicales, pharmaceutiques ou paramédicales, listées dans l'arrêté du 6 mars 2007, dans la mesure où il n'existe pas de poste de travail de soignant qui pourrait être considéré comme n'étant pas à risque d'exposition, sauf s'il s'agit d'un poste exclusivement administratif. Le fait est qu'au cours de leur formation, tous ces futurs professionnels sont amenés à effectuer des stages les mettant dans différentes situations professionnelles, dont la plupart sont à risque d'exposition aux agents biologiques et au virus de l'hépatite B. »

Admission par Passerelle

FICHE D'INSCRIPTION

Conformément à l'article 25 de l'Arrêté du 02 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, peuvent être dispensés du suivi et de la validation d'une partie des unités d'enseignement des cycles 1 et 2, par le directeur de l'Institut, sur proposition de la commission d'attribution des crédits et avis du conseil pédagogique, et comparaison entre la formation qu'ils ont suivie et les unités d'enseignement composant le programme du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute :

1° les titulaires d'un des diplômes mentionnés ci-après : diplôme d'Etat d'infirmier ; diplôme d'Etat de Podologue ; diplôme d'Etat de pédicure-podologue ; diplôme d'Etat d'ergothérapeute ; diplôme d'Etat de psychomotricien ; diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale et diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique ; certificat de capacité d'orthophoniste ; certificat de capacité d'orthoptiste ; diplôme de formation générale en sciences médicales ; diplôme de formation générale en sciences maïeutiques ; diplôme de formation générale en sciences odontologiques ; diplôme de formation générale en sciences pharmaceutiques

2° les titulaires d'une licence dans le domaine sciences, technologies, santé et les titulaires d'une licence en sciences mention « sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) »

3° les titulaires d'un diplôme reconnu au grade de master.

A remplir lisiblement en NOIR et en LETTRES CAPITALES

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance :

.....

Nom d'épouse ou d'usage :

.....

Prénoms : Né(e) le :

Statut : ☐ étudiant ☐ demandeur d'emploi ☐ salarié

Adresse :

.....

Tél (fixe) : Portable : E-mail :

Fait à : Le : Signature :

N'oubliez pas de joindre toutes les pièces nécessaires à la constitution de votre dossier :

- ☐ Fiche d'inscription
- ☐ Photocopie du diplôme vous permettant de vous présenter à cet examen
- ☐ Une lettre de motivation
- ☐ Un CV à jour
- ☐ Copie du dossier de scolarité comportant les notes et le détail des études avec les intitulés des UE
- ☐ Un certificat médical délivré par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé (merci d'utiliser impérativement le document nommé « **certificat médical** » ci-joint)
- ☐ Justificatif de statut (attestation employeur, de scolarité ou pôle emploi)
- ☐ Copie de la pièce d'identité recto-verso (carte d'identité ou passeport seulement), en cours de validité
- ☐ Un chèque de **180 euros** à l'ordre de : **IFLM** correspondant à l'examen du dossier d'admissibilité et le cas échéant à l'entretien d'admission (**les entretiens auront lieu la semaine du 20 au 24 avril 2026, les dates précises seront données ultérieurement**). Le chèque sera encaissé dès réception du dossier. Ces frais ne sont pas remboursables.

Date limite de l'inscription : lundi 16 février 2026 le *cachet de La Poste* faisant foi.

- AUCUNE SUITE NE SERA DONNÉE AUX DOSSIERS INCOMPLETS -

 Nous vous rappelons qu'il sera impératif, le jour de la rentrée, d'être à jour des vaccinations obligatoires pour la formation (diphtérie, tétanos, poliomyélite, hépatite B et de présenter un certificat précisant que vous avez subi un test tuberculinique) et d'être en mesure de fournir un certificat médical délivré par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé (voir liste des médecins agréés sur le site de l'Agence Régionale de Santé www.ars.sante.fr)